

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 54

DE

L'EMPLOI DE L'ÉTHER

DANS LES

CAS DE PÉRITONITES GÉNÉRALISÉES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 23 décembre 1913

PAR

Aglaé SKLASS

Née le 25 janvier 1885, à Tarangoz (Russie)



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

DE
L'EMPLOI DE L'ÉTHER
DANS LES
CAS DE PÉRITONITES GÉNÉRALISÉES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 54

DE

L'EMPLOI DE L'ÉTHÉR

DANS LES

CAS DE PÉRITONITES GÉNÉRALISÉES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 23 décembre 1913

PAR

Aglaé SKLASS

Née le 25 janvier 1885, à Tarangoz (Russie)



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique	X.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	X.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale	LEPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	MOREAU.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	COURMONT (P.).
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et Médecine professionnelle	X.,.,	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. LATARJET.	MM. MOURIQUAND.	MM. FROMENT.
COMMANDEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).	THEVENOT (L.).
NEVEU-LEMAIRE.	LERICHE.	GUILLEMARD.	PIERY.
LAROYENNE.	THEVENOT (L.).	POLICARD.	COTTE.
VORON.	TAVERNIER.	GARIN.	DUROUX.
NOGIER.	CADE.	SAVY.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. Aug. POLLOSSON, Président ; M. VILLARD, Assesseur ;
MM. PATEL et LAROYENNE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Affection et reconnaissance

A MON FRÈRE

Faible témoignage d'une très grande
reconnaissance

A MA FAMILLE

A Monsieur le Professeur AUGUSTE POLLOSSON

Professeur de clinique gynécologique
Chirurgien-major de la Charité

Il nous fait le grand honneur de présider notre thèse. Nous lui adressons nos plus respectueux remerciements et nous garderons le meilleur souvenir des années passées dans son service.

A Monsieur le Docteur PATEL

Professeur agrégé
Chirurgien des Hôpitaux

Il nous a inspiré ce travail pour lequel il nous a aidé de ses conseils éclairés. Nous le prions d'accepter avec nos remerciements, toute notre reconnaissance.

Nous remercions très sincèrement MM. les Docteurs JAMIN, VIOLET, PELLANDA, MAZET, pour leur bon accueil et leurs précieux conseils.

Nous remercions, tout particulièrement M. le Docteur QUINCIEU, de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et le prions d'accepter toute notre reconnaissance.

M. le Docteur VILLARD, professeur agrégé, a bien voulu faire partie de notre jury de thèse, nous lui exprimons tous nos remerciements.



CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

ÉVOLUTION DU TRAITEMENT DES PÉRITONITES GÉNÉRALISÉES

Le traitement des péritonites généralisées diffuses est relativement récent.

En 1880, les chirurgiens commencent à intervenir dans les péritonites aiguës; les noms d'Auton Schmidt, de Lawson Tait, d'Israël sont attachés à ces premières tentatives. Miculicz, en 1885, propose nettement l'intervention chirurgicale.

En présence d'un processus purulent diffus de l'abdomen les chirurgiens songèrent à remédier à la lésion causale et à évacuer les produits infectieux épanchés dans le péritoine.

On attachait alors une importance trop grande à l'évacuation complète des exsudats péritonitiques et l'on poursuivait dans les moindres recoins les produits infectieux, sans tenir compte des moyens de défense de la séreuse.

C'est ainsi que pour obtenir la destruction des microbes, on fit le lavage du péritoine avec des liquides antiseptiques.

Truc, en 1886, parle longuement, dans sa thèse d'agrégation, des lavages intra-péritonéaux. Bientôt après, de nombreux chirurgiens : Lucas-Championnière, Bouilly, Velah, Lejars, font le lavage du péritoine.

En Amérique, Blaké (1), en particulier, préconise cette méthode.

Les antiseptiques les plus employés sont : le sublimé, l'acide salicylique, l'acide borique, l'eau oxygénée. Mais on préfère, en général, l'eau salée.

C'est cette dernière que préconise Rehn et ses élèves.

On s'efforça, en outre, d'assurer l'évacuation au dehors des produits septiques, d'où la pratique du drainage.

Ces différents essais ne furent pas très heureux. Ce n'est que vers 1900 que des progrès sensibles commencent à être réalisés.

Fowler et Bode, se basant sur l'inégale propriété de résorption du péritoine, font asseoir leurs malades pour éviter l'envahissement des étages supérieurs de la cavité abdominale par les produits infectieux.

En 1903, Murphy, tenant compte de la réaction de défense de la séreuse propose une intervention rapide pour enlever la cause de la péritonite. Il prescrit le lavage traumatisant et compliqué, de même que le nettoyage à sec, car il ne s'agit pas de faire une désinfection du péritoine, mais de le mettre en état favorable de lutte. Il est partisan du drainage, mais il le fait simplement en mettant un drain dans la région productive de l'infection et un autre, au besoin, dans le Douglas.

La position demi-assise de Fowler complète la méthode, et pour lutter contre l'infection générale, consé-

quence de la péritonite, il pratique l'injection intra-rectale goutte à goutte.

Au cours de ces tentatives successives, on s'aperçut que les résorptions péritonéales ne constituaient pas le seul danger, mais qu'il fallait aussi tenir compte de la résorption intestinale. On fit alors des tentatives relatives à l'évacuation du tractus intestinal trappé de paralysie au cours des péritonites. C'est alors que Henrotin proposa l'entérostomie.

On songea également à lutter contre la toxhémie causée par la péritonite, pour cela, on s'adressa au sérum artificiel donné par voie sous-cutanée ou en injection intra-veineuse.

Thiriar, Dufour et Hermann Weiss et Sencert (1), dans le but d'augmenter les moyens de défense de l'organisme et de détruire les germes infectieux contenus dans le péritoine, ont fait passer un courant d'oxygène dans la cavité péritonéale, à travers les drains.

Dans ces dernières années, un certain nombre de chirurgiens ont cherché à diminuer l'intensité des résorptions péritonéales. A cet effet, Bremann eut l'idée d'injecter de l'huile d'olive dans le péritoine, et c'est Glimm qui, en 1906, vulgarisa cette méthode. Il montra, par ses expériences, que l'huile a un pouvoir bactéricide, qu'injectée dans le péritoine, elle obstrue les voies lymphatiques et empêche le passage dans le sang des éléments microbiens; qu'enfin, mélangée au camphre, l'huile agit comme tonique général, en particulier comme toni-cardiaque.

(1) WEISS et SENCERT, *Revue de Chir.*, 1910, t. 44, p. 563 et 863.

Hirschel (1), Borchard, en Allemagne, Vignard (2) Laroyenne et Leriche à Lyon, disent s'être bien trouvés de ces injections (200 à 300 cc. d'huile camphrée à 1 p. 100).

En 1907, Blacke expérimenta sur des chats et ne put que confirmer les dires de Glimm.

En 1908, Rogers injecte dans le péritoine une culture de bacilles lactiques. D'après l'auteur, les résultats furent très heureux.

En 1912, MM. Morestin et Souligoux ont introduit dans le péritoine une nouvelle substance : l'éther, qui, cliniquement, a donné des résultats satisfaisants, ainsi qu'en témoignent les communications faites par ces auteurs à la Société de chirurgie de Paris dans les séances des 12 et 19 février 1913.

Bien avant cette date, en septembre 1901, M. Morestin avait fait entrer l'éther dans sa pratique « comme topique péritonéal » : Il ne s'agissait alors que de simples atouchements, et ce n'est que plusieurs années après (1912), qu'il employa cette substance dans une proportion beaucoup plus abondante.

En mai 1913, M. Témoin rapporte deux cas nouveaux qui viennent confirmer les résultats précédents et décident l'auteur à continuer l'usage de l'éther dans les cas graves d'infection péritonéale, son action désinfectante et protectrice ne faisant aucun doute. »

En juin 1913, M. Patel présente à la Société de chirurgie de Lyon un cas de péritonite généralisée, dans

(1) *Deutsch. ges. f. chir.*, 1910, t. XXXIX, 1^{re} partie, p. 141, 158, 159.

(2) VIGNARD et ARNAUD, *Lyon Chir.* déc. 1910, janv. 1911, p. 45.

lequel l'emploi de l'éther lui a donné toute satisfaction au point de vue résultat définitif.

Quelques mois après, M. Broca rapporte plusieurs observations de péritonites septiques généralisées, dans lesquelles l'immersion du péritoine par l'éther a modifié très favorablement le pronostic.

Tous ces cas heureux paraissent justifier l'usage de l'éther dans le traitement des péritonites généralisées.

De plus, à côté de ces propriétés antiseptiques, il possède des propriétés toniques et anesthésiques incontestables, qui contribuent d'une façon sensible à l'amélioration de l'état général.

CHAPITRE II

PHYSIOLOGIE

Avant d'étudier les effets produits par l'introduction de l'éther dans le péritoine, examinons rapidement les propriétés générales de cette séreuse.

Le péritoine viscéral, y compris le revêtement péritonéal du mésentère, innervés surtout par le sympathique abdominal, ne possède aucune sensibilité thermique ni douloureuse.

La sensibilité à la douleur existe seulement au niveau des points qui reçoivent des ramifications des nerfs rachidiens : péritoine pariétal et revêtement péritonéal de la colonne vertébrale et du diaphragme.

Le péritoine, et surtout le péritoine pariétal, est sensible à la distension, ce qui explique les phénomènes douloureux dans la péritonite. Cette sensibilité nulle ou presque à l'état normal, s'exagère à l'état pathologique.

A côté de cette sensibilité peu développée, le péritoine possède la propriété de réagir à l'irritation par la production de troubles réflexes de la plus haute importance : abaissement de la tension artérielle, petitesse et accélération du pouls, tendance à la syncope, caractéristiques du shock abdominal.

Une des propriétés primordiales de la séreuse est son pouvoir de résorption. Cette résorption, à l'état normal, est considérable. Wegner, qui l'a mesurée, arrive à cette conclusion : qu'en une heure le péritoine peut absorber 3, 4 à 8 p. 100 du poids du corps.

Schnitzler et Ewald ont montré qu'à la suite de l'introduction d'un poison dans la cavité péritonéale, l'intoxication est beaucoup plus rapide qu'à la suite de l'ingestion de la même dose de poison par le tube digestif (1).

D'après les expériences de Marc Roussiel, on pourrait, au point de vue de leur pouvoir de résorption, classer les différentes parties du péritoine dans l'ordre suivant : séreuse diaphragmatique, les épiploons, péritoine iléo-pelvien, mésentère, méso-rectum, péritoine pariétal.

A l'état pathologique, contrairement à ce qu'en ont prétendu Schnitzler et Ewald, ce pouvoir, loin d'être diminué, est au contraire augmenté.

Le péritoine est également doué d'un très grand pouvoir de digestion, grâce auquel les fauses membranes, les flocons de fibrine sont rendus résorbables.

En outre, le péritoine jouit d'un pouvoir de destruction considérable vis-à-vis des microbes et des toxines. C'est au grand épiploon que revient la plus grande part dans cette lutte, ainsi que le démontrent les expériences de M. le professeur Roger; l'injection intra-péritonéale d'une quantité déterminée d'une culture atténuée de staphylocoques, provoque la mort chez des lapins privés de leur épiploon, alors que les animaux témoins survivent.

(1) *Deutsch Zeit f. chir.* Leipzig, 41 p. 341.

On constate, d'autre part, que si l'on injecte dans la cavité péritonéale une émulsion de poudre inerte carmin, encre de chine, et que l'on sacrifie l'animal un quart d'heure après, les particules ne sont pas uniformément réparties à la surface de la séreuse, mais au contraire se réunissent en amas en différents points : partie inférieure de l'estomac, rate et surtout sur le grand épiploon, qui est rouge et congestionné.

De même, les microbes injectés dans le péritoine, sont ramassés par le grand épiploon où Durham (1) les a trouvés, alors qu'ils faisaient défaut dans l'exsudat.

Mais, en outre, la séreuse jouit en tous ses points d'une phagocytose active; cette phagocytose est assurée par l'abondante diapédèse de globules blancs qui accompagne les inflammations de la séreuse.

Enfin, l'endothélium sécrète, à n'en pas douter, des substances microbicides et antiseptiques.

Ce pouvoir bactéricide et microbicide du péritoine est malheureusement limité. Si la quantité des toxines est trop considérable, ou si les microbes sont trop nombreux ou trop virulents, le péritoine ne peut assurer la défense, et les éléments toxiques, non détruits, de même que les bactéries virulentes, passent dans le torrent circulatoire. La résorption péritonéale devient alors un danger de premier ordre.

D'autre part, la grande surface de la séreuse, surface égale à celle de la peau, nous explique aussi sa résistance considérable à l'infection.

(1) The mechanism of reaction to peritoneal infection, *The Journal of pathology and bacteriology*, 1897, p. 396.

Grâce au péristaltisme, une infection est rapidement disséminée, mise au contact de cette énorme surface, et par conséquent morcelée, partagée, facilement détruite.

Un autre point important, c'est la tendance naturelle de beaucoup d'inflammation à l'enkystement; cette limitation des processus inflammatoires résulte de la rapidité avec laquelle se forment les adhérences dans la cavité péritonéale, particulièrement au niveau de l'épiploon. Elle est favorisée par les nombreux replis qui existent à l'état normal dans l'abdomen.

Mentionnons, pour terminer, l'existence d'une pression positive à l'intérieur de l'abdomen. Cette pression correspond, au niveau du pubis, à celle d'une colonne d'eau de 20 centimètres de hauteur, ce qui facilite, dans une certaine mesure, l'évacuation des liquides épanchés quand une ou plusieurs ouvertures sont faites à la paroi.

EFFETS DE L'ÉTHER SUR LE PÉRITOINE

Examinons maintenant les effets produits par l'introduction de l'éther dans le péritoine.

D'après M. Morestin, dès que celui-ci est versé dans l'abdomen, il file rapidement de tous les côtés, il entre en ébullition et, par la plaie abdominale, on voit s'échapper une sorte de buée. « Au contact de l'éther ou de ses vapeurs, on voit l'intestin rosir légèrement; il se rétracte et tend à réintégrer spontanément l'abdomen. Cette vaporisation continue après la fermeture de l'abdomen, ainsi que le montre la sonorité obtenue par la

percussion de l'abdomen. Souvent même, la paroi abdominale est soulevée, globuleuse, et comme météorisée, « Les vapeurs d'éther se trouvent donc sous tension dans l'intérieur de la séreuse et se répandent dans tous les recoins de la cavité péritonéale jusqu'au diaphragme.

L'estomac et l'intestin sont baignés dans les vapeurs d'éther et pendant quelque temps, tout au moins, se meuvent dans un milieu gazeux.

« Dans de telles conditions, l'éther a très certainement une puissante action sur toute l'étendue de la séreuse, sur les organes qu'elle revêt et même sur l'organisme tout entier.

« En effet, si l'anesthésie n'est pas complète, aussitôt réalisée, l'inondation éthérée du péritoine, elle le devient très rapidement; parfois même, la respiration se ralentit, le visage prend une teinte légèrement blanchâtre. On peut cesser les inhalations anesthésiques; le péritoine du sujet est devenu un véritable appareil d'éthérisation.

Le réveil est très lent, ou tout au moins incomplet. Le malade vit pendant plusieurs heures dans une sorte de demi-sommeil, de torpeur et de repos complet; sa tranquillité est extraordinaire, les vomissements sont beaucoup plus rares et parfois même manquent complètement.

Si on examine le poulx, on constate, aussitôt l'éther mis dans le ventre, qu'il s'affole pendant cinq à dix minutes, puis remonte très vite, la tension, d'abord faible, devient très bonne, le poulx reste régulier, calme et bien tendu.

« Le mode d'action de l'éther dans le péritoine est évidemment très complexe; il y a encore des données

qui nous échappent. Nous ne pouvons toutefois discerner certains éléments. Ce que nous avons dit, plus haut, au sujet des phénomènes observés chez les opérés, montre tout d'abord que l'éther répandu dans le ventre agit comme anesthésique général et comme anesthésique local et que ses effets anesthésiques se poursuivent pendant plusieurs heures.

« D'autre part, l'éther produit une action réflexe, ainsi que l'indique l'affolement immédiat et passager du poulx. Mais il agit incontestablement comme tonique du système nerveux et du cœur, et cette action se manifeste aussi les jours suivants. De plus, l'action de l'éther sur le péritoine est certaine, l'éther est un antiseptique puissant.

On sait, en effet, que les vapeurs d'éther déterminent la destruction des spores par suite de leur déshydratation et arrête par leur présence les fermentations destructives des matières organiques. Cette volatilité de l'éther rend celui-ci d'une efficacité merveilleuse en lui permettant de s'insinuer dans toutes les infractuosités de la séreuse, de baigner celle-ci de ses vapeurs, de l'imprégner et d'agir d'une façon certaine sur les microorganismes. Il est probable, en outre, que les vapeurs d'éther provoquent des modifications circulatoires, que la légère irritation du péritoine amène une sorte de processus de défense dans toute l'étendue de la séreuse.

« Jusqu'ici, rien n'autorise semblable supposition : pendant les jours qui suivent l'opération, le ventre reste en effet indolent, souple et exempt de défense. Cela s'explique fort bien, étant donné l'extrême diffusion des vapeurs d'éther, l'état général du médicament qui exclut

toute action localisée à un point précis et enfin, le caractère transitoire de l'action des vapeurs d'éther, car il est indéniable que cet éther s'élimine graduellement. Si nous ajoutons que cet éther est parfaitement toléré par l'organisme, sans aucun accident et, en particulier, sans complication pulmonaire, on peut conclure que, dans l'état actuel des choses, l'éther « est le meilleur agent antiseptique du péritoine, le plus maniable, le moins nocif et que, antiseptique idéal, parce que puissant, non toxique et gazeux, il possède, par surcroît, d'admirables propriétés toniques et anesthésiques ».

Nous terminerons ce chapitre en ajoutant les expériences faites à ce sujet par M. Santy, interne des hôpitaux de Lyon.

Expériences par M. SANTY, Interne

PREMIÈRE SÉRIE D'EXPÉRIENCES

A. — L'abdomen est ouvert par laparotomie, la dose d'éther versée dans le péritoine et la paroi refermée aussi vite que possible.

Lapin I : poids : 1.850 grammes.

On verse, sans anesthésie, dans le péritoine, 13 grammes d'éther, c'est-à-dire la dose correspondante à celle utilisée chez l'homme (500 grammes chez un homme de 70 kilos). L'éther pénètre difficilement, la plus grande partie s'évapore. Cependant, après la fermeture de l'abdomen, il existe un météorisme manifeste, et bien qu'on ait arrêté l'inhalation anesthésique immédiatement après l'ouverture du ventre, le lapin tombe dans le coma, se cyanose (muqueuse buccale) et meurt dix minutes après l'opération.

Autopsie faite immédiatement après la mort. Dans l'abdomen, aussitôt réouvert, plus de traces des 13 grammes d'éther versés par la laparotomie; les anses intestinales ne sont pas congestionnées.

B. — Lapin II : poids : 1.800 grammes.

On laparotomise sans anesthésie et, par l'orifice créé, on fait passer le bout d'un entonnoir flambé. La paroi est recousue et serrée autour du bout de l'entonnoir. On verse 8 cc. d'éther. Vive réaction de défense de l'animal durant quelques secondes, puis, aussitôt, coma, polypnée très vive, cyanose des muqueuses, exhalaison très nette de l'éther par les voies respiratoires.

L'animal reste ainsi anesthésié pendant une heure trois quarts. Le météorisme abdominal, très intense au début, s'est progressivement affaibli.

Le lendemain, l'animal est en très bon état. On fait une nouvelle laparotomie au même niveau. Le péritoine contient une assez grande quantité de sérosité qu'on prélève. Nouvelle dose de 8 cc. d'éther est injectée. La narcose absolue est obtenue en deux minutes après quelques secondes d'excitation. L'animal reste dans le coma une heure et demie. Mort le lendemain. Autopsie : sérosité péritonéale abondante, claire et limpide. Pas de congestion des anses. On prélève l'épiploon qu'on étale et qu'on imprègne à l' AzO^3Ag .

DEUXIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES

Lapin III : poids : 1.600 grammes.

Injection de 1 cc. 5 d'éther à la seringue. Vive agitation quelques secondes, puis dyspnée légère et sommeil profond accompagné de cyanose légère des muqueuses et d'exhalaison respiratoire d'éther. Le coma se prolonge une heure, puis l'animal est somnolent plusieurs heures. La même expérience à raison de 1 cc. par kilogramme est répétée chez deux autres lapins, toujours avec les mêmes résultats.

Chien I : poids : 7 kilogrammes.

Première injection intra-péritonéale de 7 cc. d'éther. Vive agitation pendant trois minutes, puis torpeur durant quinze secondes environ, accompagnée de salivation très intense. Deuxième injection une demi-heure après la première. Les résultats sont identiques. L'éther provoque une torpeur qui permet de manipuler l'animal, mais ne s'accompagne pas d'anesthésie.

Ce chien est mort le lendemain d'hémorragie due à une blessure minuscule du bord inférieur du foie causée par l'aiguille au moment de l'injection.

TROISIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES

Une seule expérience très incomplète pour avoir une signification.

Lapin IV : poids : 1.160 grammes.

7 juillet : On injecte, dans le péritoine, 2 cc. de bouillon de vingt-quatre heures de coli-bacille. Le lendemain, le lapin ne présentant aucun accident, on lui injecte 1 cc. d'éther. Anesthésie immédiate, coma pendant plus d'une heure.

9 juillet : On trouve le lapin mort dix heures après l'injection d'éther. Le péritoine renferme du liquide louche en petite quantité. L'épiploon est ratatiné autour d'un paquet de fausses membranes.

Le lapin III, qui avait reçu la dose d'éther en même temps n'a présenté aucun accident autre que l'anesthésie profonde signalée.

Examen histologique du péritoine après action de l'éther.

a) Aux trois lapins normaux, on a imprégné au nitrate d'argent la surface de l'épiploon et du mésentère isolés, alors que cette imprégnation réussissait facilement. Ces deux organes n'avaient subi aucun traitement préalable, le seul fait de les arroser d'éther avant l'imprégnation empêchait celle-ci de réussir et les préparations faites de la sorte montraient que les limites cellulaires de l'endothélium péritonéal n'étaient absolument pas visibles, malgré l'action du nitrate; seul l'endothélium des capillaires était parfaitement imprégné.

b) Le lapin II de la première série d'expériences nous a permis de constater sur des préparations d'épiploon et de mésentère isolés et colorés à l'hématéine-éosine, que leurs noyaux étaient très nettement visibles, que la seule modification apparente était la présence d'un certain nombre de polynucléaires le long des capillaires.

c) L'examen de la sérosité péritonéale prélevée vingt-quatre heures après l'action de l'éther sur le péritoine révélait uniquement la présence d'un grand nombre de polynucléaires qui font à peu près normalement défaut dans la sérosité normale.

Les quelques points qui paraissent résulter de ces expériences, trop rapides et incomplètes encore, et qui demandent à être poursuivies, sont que :

1° L'éther versé dans le péritoine est absorbé par l'organisme avec une grande rapidité. Les propriétés anesthésiques apparaissent alors avec une grande puissance. Il semble donc que le lavage des anses intestinales à l'éther, sans laisser ce liquide séjourner dans la cavité abdominale, soit sans danger. Il n'en est pas de même dans les cas où une assez grande quantité de liquide est versée dans le péritoine, que l'on suture ensuite.

2° Des quelques examens histologiques que nous avons pu faire, il semble résulter que l'éther modifie fortement la surface de l'endothélium dont elle empêche l'imprégnation ; il s'agit sans doute d'une simple desquamation de la plaque endothéliale des cellules dont les noyaux restent facilement colorables.

Ces expériences sont en train de se poursuivre ; actuellement, elles ne sont pas concluantes ; elles ne se rapportent, d'ailleurs, qu'à des cobayes sains non porteurs de péritonite. Nous les citons pour indiquer tout ce qui a été fait sur ce sujet jusqu'à ce jour.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(due à l'obligeance de M. le docteur PATEL)

Péritonite généralisée par rupture de pyosalpinx. — Salpingectomie double. — Ethérisation du péritoine.

M^{lle} X..., 22 ans, atteinte de pyosalpinx double depuis six mois. Cette tumeur annexielle atteignait l'ombilic. La malade gardait le lit depuis quatre mois, présentant des accès douloureux à plusieurs reprises, avec réaction péritonéale très vive.

Le 23 mai 1913, douleur brusque dans la partie supérieure de l'abdomen. Etat syncopal immédiat. Vomissements biliaires.

Vue le 24 mai au soir, la malade se présente avec des symptômes de péritonite très grave. Pouls presque incompressible égale 150; température, 36°1; facies péritonéal; extrémités refroidies; vomissements incoercibles; météorisme; douleurs très vives au niveau des attaches du diaphragme. La malade est dans un état très grave; une intervention est impossible; température, 36°1.

Pendant la nuit, on fait des injections de sérum artificiel et d'huile camphrée.

Le lendemain matin, l'état général paraît un peu remonté; température, 36°4; pouls, 150. Aussi faible que la veille, une intervention est tentée.

Le 25 mai, laparotomie sous-ombilicale médiane, sous anesthésie au chlorure d'éthyle. Du pus s'écoule immédiatement après ouverture de l'abdomen. Nettoyage à l'aspirateur jusqu'au diaphragme,

Le pyosalpinx gauche est rompu et du pus s'écoule par la fissure de la paroi tubaire.

Ablation rapide des deux poches salpingiennes.

L'opération a duré à peine cinq minutes. Immédiatement après, introduction de 150 cc. d'éther dans la cavité péritonéale. L'anesthésie au chlorure d'éthyle est suspendue. Le pouls devient misérable. La malade pâlit. Trois points de suture sur la paroi à un plan. Un drain à la partie inférieure : drainage pelvien.

La malade est rapportée dans son lit, en apparence mourante. Elle reste cinq heures absolument immobile, avec respiration très superficielle et pouls imperceptible. Vers 4 heures du soir, elle reprend connaissance. Le facies se colore, le pouls se perçoit mieux et reste à 140.

Le 26 mai, l'état général est bien meilleur; le pouls est rapide; la température est à 36°9; le facies est coloré; on réinjecte par le drain 50 cc. d'éther; la malade n'éprouve aucune douleur. Dès que l'éther est au contact du péritoine, le pouls se précipite; il n'y a aucune tendance à la syncope, mais au contraire une certaine agitation.

Pendant les quatre jours suivants, nouvelles injections; les mêmes phénomènes se manifestent, mais l'état général devient meilleur. Drainage vaginal dix jours après et réfection quinze jours après.

OBSERVATION II

(de M. PATEL, *Lyon Chirurgical*, 1^{er} septembre 1913)

Péritonite généralisée consécutive à une perforation de l'intestin grêle; extériorisation de l'anse perforée; éthérisation du péritoine; guérison.

Une femme âgée de 57 ans entre, le 13 mai 1913, dans le service du professeur Jaboulay, avec le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée.

L'affection actuelle paraît remonter à cinq mois environ ; à ce moment, la malade se plaignait de troubles digestifs, de coliques légères avec maximum du côté de la fosse iliaque droite ; les troubles restèrent assez atténués pendant quelque temps ; le 5 mai, des douleurs reparurent plus fortes, faisant songer à une appendicite véritable ; le repos au lit dut être gardé. Le 11 mai, au soir, douleur très brusque du côté droit de l'abdomen : sensation de déchirure ou de torsion en même temps ; le ventre se météorise, la constipation apparaît ; les vomissements surviennent, bilieux, puis fécaloïdes ; l'état général s'affaiblit très vite. La malade est alors dirigée sur l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Elle y arrive le 13 mai au matin. A ce moment, le tableau clinique de la péritonite généralisée était au complet ; l'état général paraissait très gravement atteint ; les lèvres étaient violacées ; la respiration superficielle et rapide ; le nez et les mains étaient froids.

Localement, l'abdomen était très météorisé, la paroi immobile ; pas de péristaltisme intestinal ; submatité dans les flancs ; sensation de résistance plus grande dans la fosse iliaque droite.

Le diagnostic de péritonite généralisée d'origine appendiculaire probable fut posé ; après quelques hésitations, étant donnés l'âge et l'état de la malade, je décide une intervention.

Opération le 13 mai 1913 (trente-huit heures après le début des accidents péritonéaux). — Incision de Roux, après anesthésie légère à l'éther. Le péritoine ouvert, il s'écoule un liquide louche, très fétide, suivi bientôt de l'issue d'un liquide fécaloïde, contenant nettement des matières fécales jaunâtres. Aucune adhérence, pas de fausses membranes ; le liquide s'écoule en bavant, vient de tous les coins de l'abdomen, si l'on soulève une anse intestinale ; la péritonite est donc bien généralisée.

Le péritoine est asséché aussi bien que possible avec l'as-

pirateur de Villard et des compresses ; le pelvis est rempli de matières fécales.

Rapidement, l'appendice est attiré au dehors ; il est absolument sain ; en attirant l'intestin grêle, je découvre, à 20 ou 25 centimètres de la valvule de Bauhin, une perforation de l'intestin grêle, sur la face opposée au mésentère, taillée à l'emporte-pièce, du diamètre d'un gros pois ; du liquide intestinal s'écoule à flot par cet orifice. Cette anse intestinale est extériorisée, puis, par l'incision, je fais verser 150 à 200 cc. d'éther anesthésique dans la cavité péritonéale ; l'éther disparaît rapidement dans le pelvis et dans tout l'abdomen.

Fermeture incomplète en laissant l'anse perforée en dehors de la plaie.

Suites opératoires. — La malade fut transportée dans son lit ; très fortement choquée, le pouls se précipita encore davantage, au point de devenir imperceptible au moment de la mise de l'éther dans la cavité péritonéale. Il resta ainsi dix minutes, puis se releva. La face était très pâle ; la malade resta dans cet état plusieurs heures, complètement somnolente, sans pouvoir articuler la moindre parole. Le soir, elle avait repris des couleurs, se sentait très bien, et il y avait un contraste saisissant entre l'état du matin et celui du soir. On ne fit que 500 grammes de sérum artificiel, comme traitement complémentaire.

L'amélioration fut surprenante de rapidité : la malade put s'alimenter quelques mois après, la fistule stercorale laissant écouler une très grande quantité de liquide intestinal.

Craignant une dénutrition rapide et voyant l'état général bon, je pratiquai, le 24 mai, soit onze jours après la première opération, une exclusion unilatérale de l'intestin grêle avec abouchement iléo-sigmoïdien.

Actuellement, les matières ne passent plus par la plaie ; l'anse intestinale a réintégré l'abdomen, et je compte, dans une opération ultérieure, en pratiquer la résection.

OBSERVATION III

(due à l'obligeance de M. le docteur PATEL.)

*Perforation du duodénum. — Péritonite. — Ethérisation.
Guérison.*

M. X..., 30 ans, perforation de la première partie du duodénum le 14 novembre 1913. Opération le 15, à 4 heures du matin. Péritonite de la partie supérieure; du liquide gastrique s'écoule, et on trouve quelques fausses membranes sur la partie antérieure de l'estomac. Suture de la perforation. Gastro-entérostomie complémentaire.

Nettoyage à l'éther et mise à l'intérieur de 20 à 30 cc.

Aucun phénomène du côté du poulx. Aucune réaction particulière. Guérison.

OBSERVATION IV

(due à l'obligeance de M. le docteur PATEL.)

*Appendice perforé. — Péritonite généralisée. — Ether dans
le ventre.*

Juin 1913. — Jeune homme de 20 ans; appendicite perforante, opérée deux jours et demi après la perforation.

Ablation de l'appendice gangrené; péritonite généralisée. Le malade reçoit 100 cc. d'éther dans le ventre. Les phénomènes habituels se passent. Amélioration pendant les cinq premiers jours. Mort le septième jour, après avoir présenté du méléna.

La péritonite semblait être enrayée et la mort était due à la cause appendiculaire.

OBSERVATION V

(due à l'obligeance de M. le docteur PATEL)

13 novembre 1913. — Enfant de 9 ans. Appendicite perforante. Péritonite généralisée datant de trois jours et demi.

Incision iliaque droite. Extirpation d'un appendice gangrené.

Pus fétide à l'intérieur du péritoine. Lavage à l'éther. Le malade est mort le lendemain, après avoir présenté une amélioration le soir et dans la matinée.

OBSERVATION VI

(SOULIGOUX, *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, n° 7)

*Obstruction intestinale. — Perforation. — Péritonite.
Laparotomie. — Guérison.*

Obstruction intestinale depuis huit jours. Les premiers jours, l'obstruction n'avait pas été complète, elle rendait quelques gaz; le jour du premier examen, les accidents s'étaient aggravés; il y avait arrêt complet des matières et des gaz et les vomissements fécaloïdes avaient commencé. Le sixième jour, elle avait éprouvé une violente douleur dans le ventre. Son pouls était rapide et petit, le facies tiré et le ventre douloureux et ballonné. Température, 38°8.

Le toucher rectal montra qu'il existait une sténose du rectum et je conseillai un anus contre nature. L'opération fut faite deux heures après ma visite.

L'incision iliaque faite, il sortit de l'abdomen des gaz et des matières fécales; il était donc évident qu'il existait une perforation de l'intestin qu'il fallait oblitérer. Laparotomie médiane. Le ventre était rempli de matières fécales et de gaz. Les anses météorisées étaient recouvertes de fausses

membranes et, après des recherches assez longues, je trouvai une perforation siégeant sur le cæcum, de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Je la suturai et l'enterrai sous deux plans de suture.

A ce moment, considérant ma malade comme perdue, je versai dans le ventre, sur les anses, dans le petit bassin, de l'éther en abondance : je fis, somme toute, un large lavage de l'abdomen à l'éther. J'épongeai ensuite soigneusement et plaçai deux drains, l'un se dirigeant vers le petit bassin, l'autre allant vers la partie inférieure de l'abdomen. Je fis ensuite, à gauche, l'anus contre nature.

La malade guérit simplement et facilement.

OBSERVATION VII

(SOULIGOUX, *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, n° 31)

Mai 1913. — Jeune femme de 22 ans. Péritonite puerpérale. Ventre ballonné, facies tiré, pouls à 140. Température vaginale, 36° à 36°2. Vomissements fécaloïdes; état général grave. Laparotomie. Lavage à l'éther de la cavité péritonéale. Fermeture et drainage. Guérison.

OBSERVATION VIII

(TÉMOIN, *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, n° 31)

Péritonite appendiculaire.

Jeune fille de 15 ans atteinte d'appendicite depuis six jours. Subitement, douleur violente, vomissements, ballonnement du ventre. Laparotomie. Ablation de l'appendice perforé. Lavage à l'éther. Drainage. Guérison.

OBSERVATION IX

(TÉMOIN, *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, n° 34)

Rupture d'un pyosalpinx. — Péritonite. — Lavage à l'éther. — Guérison.

M^{me} X..., 29 ans. Signes de péritonite généralisée, vomissements; 39°5 de température; pouls : 110. Ballonnement abdominal. Facies d'une infection. Intervention. Ablation rapide de l'utérus et des annexes. Lavages à l'éther. Suture de l'abdomen, simple petit drain. Dès le lendemain, état superbe; pouls : 80. Guérison rapide.

OBSERVATION X

(service de M. le professeur POLLOSSON)

*Pyosalpinx double. — Perforation. — Castration. —
Éthérisation. — Guérison.*

M^{me} X..., 28 ans. Pyosalpinx double dépassant l'ombilic. Perforation du pyosalpinx droit. Pus répandu dans une cavité péritonéale limitée, allant jusqu'à la face antérieure de l'estomac.

Pendant l'opération, le pus se répand en quantité à l'intérieur du péritoine. Castration totale. Large lavage des anses intestinales à l'éther; il en est resté la moitié à l'intérieur de l'abdomen.

Fermeture de l'abdomen. La malade a présenté les phénomènes habituels; mais, dès le lendemain, l'état général est excellent.

La guérison s'est effectuée très rapidement en trois semaines, après une suppuration légère de la paroi abdominale.

Il n'est pas exagéré de dire que, dans ce cas, étant donnée l'éruption du pus dans l'abdomen, l'éther a eu une bonne influence sur les suites opératoires.

OBSERVATION XI

(service de M. le professeur POLLOSSON)

M^{me} X..., 47 ans. Fibrome utérin volumineux, avec pyosalpinx double. Celui du côté droit atteignait le foie. Pendant l'opération, rupture des pyosalpinx.

Lavage des anses intestinales à l'éther. Guérison normale, sans réaction péritonéale.

OBSERVATION XII

(service de M. le Professeur POLLOSSON)

24 août 1913. — M^{me} X..., 41 ans. Castration totale pour vieux pyosalpinx, avec pelvipéritonite très accusée; adhérences à l'S iliaque et au mésocôlon. Après la castration, persiste une cavité : irrégulière, suintante, sagneuse.

Lavage à l'éther. Guérison.

OBSERVATION XIII

(MORESTIN, *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, n° 6)

Éventration. — Ulcération et rupture du sac. — Issue de l'épiploon. — Péritonite commençante. — Intervention. — Lavage du péritoine à l'éther. — Cure de l'éventration. — Guérison.

Angèle D..., 32 ans, cuisinière, entre, le 8 décembre 1912, à l'hôpital Tenon.

Il y a deux ans, elle a subi une opération abdominale au sujet de laquelle elle ne donne que de très vagues renseignements, très insuffisants pour porter un diagnostic rétrospec-

tif. Elle parle de péritonite, de deux interventions successives à quelques jours d'intervalle, et d'un long séjour à l'hôpital, sa plaie ayant été drainée et suppurant abondamment.

Elle avait conservé une longue cicatrice allant de l'ombilic au pubis. Peu de temps après, elle constata que la partie inférieure de cette cicatrice était soulevée et distendue. Bientôt, apparut une bosselure volumineuse; peu à peu se constitua une tumeur irrégulière formant une saillie considérable dans la station debout, mais s'effaçant en grande partie dans le décubitus dorsal. La malade ne souffrant point, n'y attacha guère d'importance. Elle s'inquiéta quand une ulcération se montra par une des bosselures. Cette ulcération n'ayant aucune tendance à se cicatriser spontanément, elle entra à l'hôpital où on lui proposa une intervention.

La malade quitta l'hôpital, mais elle y fut ramenée quelques jours après, dans le plus fâcheux état.

Au niveau de l'ulcération, une perforation s'était établie, donnant issue à une masse rougeâtre; cette complication s'était produite sans que la malade s'en fût aperçue. Dans la journée précédente, elle n'avait éprouvé aucune souffrance, elle avait passé la nuit dans le grand calme et dormi profondément : C'est seulement le matin du 8 décembre qu'elle constata avec stupeur le changement survenu dans l'aspect de la tumeur. Ce fut alors qu'elle se fit transporter dans mon service.

A ce moment, l'abdomen commençait à se météoriser et la malade à éprouver quelques douleurs. Il n'y avait eu cependant ni vomissements, ni élévation de température, ni notable accélération du pouls. A l'examen du ventre, on constatait l'existence d'une tumeur bosselée, ayant à peu près le volume d'une tête d'enfant nouveau-né, répondant à la région hypogastrique et au mont de Vénus.

On voyait émerger de cette bosselure, à travers une sorte de cratère suppurant, une sorte de massue, de coloration

rouge, d'un rouge très vif, couleur de corail, avec, çà et là, des lignes d'un bleu sombre. C'était l'épiploon modifié et enflammé qui faisait issue à l'extérieur.

La tumeur était une éventration; elle était sonore à la percussion; sa consistance était élastique; elle était réductible presque complètement et cette réduction s'accompagnait de gargouillement; il n'y avait donc aucun doute sur la nature de la lésion, sur son origine opératoire, ni sur le mécanisme de la complication qui était survenue.

L'opération fut décidée sur-le-champ et pratiquée dix minutes après l'entrée de la malade à l'hôpital.

Tout au pourtour de la brèche, le péritoine fut incisé. L'ouverture de la séreuse donna issue à une quantité abondante de sérosité louche accumulée notamment dans la partie prépubienne du sac. En outre on pouvait apercevoir déjà sur plusieurs anses grêles des fausses membranes en voie de formation et sur l'une d'elles elles étaient très manifestes, lui formant une sorte de gaine fibrino-purulente.

L'épiploon adhérait à une grande partie du contour de l'hiatus abdominal.

Les anses agglutinées furent lavées à l'éther avec le plus grand soin; toute la sérosité louche fut époncée et le péritoine fut, lui-même, nettoyé à l'éther dans toutes les parties voisines de la plaie.

Fermeture de l'abdomen. Vessie de glace sur le ventre et injection sous-cutanée d'un litre de sérum.

Les suites furent remarquablement simples. La malade n'eut pas un seul vomissement. Elle n'éprouva que des douleurs très modérées pendant les premières heures. Dès le lendemain, elle émettait des gaz spontanément. Il n'y eut qu'une légère ascension thermique vespérale le troisième jour, qui céda après évacuation de l'intestin par un lavement. La plaie réunit par première intention et la malade put sortir de l'hôpital guérie au bout d'une vingtaine de jours.

OBSERVATION XIV

(TÉMOIN, *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, n° 18)

Un homme de 72 ans m'est envoyé dans un état de profonde cachexie avec fièvre, pouls mauvais, et ayant dans l'abdomen une tumeur kystique qui le remplit tout entier. Le diagnostic est difficile. Cet homme prétend qu'il n'a jamais eu de troubles urinaires, qu'il ne souffre que depuis deux mois. Les urines sont limpides.

Je fais une laparotomie qui mène montre qu'il s'agit d'une affection rénale (pyonéphrose probablement) et, au moment où je cherche à séparer les deux feuilletts péritonéaux pour isoler la poche de la grande cavité, cette poche se rompt avant qu'aucune compresse n'ait pu être placée, et plusieurs litres de liquide purulent, infect comme tous les contenus d'une cavité rénale, se répandent sur les anses d'intestin. Je précipite alors l'opération en enlevant rapidement la poche, et je verse de l'éther à flots dans la cavité abdominale. Je draine par le triangle de J.-L. Petit; je draine aussi en avant et je suture la plaie.

Le lendemain, le malade était dans l'état le plus satisfaisant : pouls 80; 36°8 de température. Il demandait à manger. Aucune complication péritonéale ne suivit l'opération, les drains étaient enlevés quelques jours après et le résultat fut surprenant.

OBSERVATION XV

(due à l'obligeance de M. le docteur PATEL)

Enorme tumeur mixte de l'ovaire : 12 kilos environ, très adhérente; énucléation difficile; éthérisation du péritoine.

M^{me} X..., 69 ans, atteinte, depuis très longtemps, d'une volumineuse tumeur ovarienne, ponctionnée à diverses reprises.

Intervention le 3 juin 1913. Opération très laborieuse en raison des adhérences multiples (épiploon, estomac, intestin, vessie, déchirure de la veine iliaque externe). Après cette opération très laborieuse, la malade était en état de shock. On lui met 100 cc. d'éther dans le ventre, fermeture complète de la paroi abdominale.

La malade reste jusqu'à 5 heures du soir sans mouvement. A ce moment, sa figure s'éclaircit; on a l'impression que l'état général s'est renouvelé. Le lendemain, météorisme assez prononcé de l'abdomen.

Aucun trouble particulier. La guérison a été rapide.

Cette observation est signalée pour montrer l'action tonique de l'éther, dans les cas de shock, après une opération très laborieuse; il est certain que l'effet a été très rapide, et en apparence meilleur que celui du sérum artificiel ou de l'huile camphrée.

OBSERVATION XVI

(TÉMOIN (de Bourges), *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, n° 18)

Laparotomie. — Cancer de l'S iliaque. — Rupture du cæcum. — Éthérisation. — Drainage. — Guérison.

Il s'agit d'un homme de 60 ans, atteint d'obstruction intestinale depuis quatre jours. Je suis appelé près de lui le 13 mars au soir. Il a le ventre uniformément tendu; il vomit; ne rend ni gaz, ni matières. Comme cet homme est très gras, que son ballonnement est considérable, que son habitation n'est pas disposée pour tenter chez lui une intervention qui peut être difficile, je le fais transporter à Bourges, où je l'opère. Les anses d'intestin sont tendues à l'extrême et, tandis que je cherche le siège de l'étranglement, un éclatement se produit au niveau du cæcum, qui a le volume d'une cuisse d'enfant, et des

litres de contenu intestinal s'échappent dans la cavité avant que j'aie eu le temps de la protéger. Je mets le plus rapidement possible une pince sur la perforation et je verse dans la cavité un litre d'éther. Avec des compresses, je nettoie autant que je le peux les anses souillées de matières. Je suture la plaie intestinale. Je constate alors qu'il s'agit d'un cancer de l'S iliaque. Je referme le ventre en versant de l'éther qui restera dans la cavité; je place un drain à l'angle inférieur de la suture. Je fais ensuite un anus contre nature. Je prévois la famille de la gravité de la situation, et je reste convaincu que ce malade ne passera pas la journée. Contrairement à toutes les prévisions, le lendemain l'état était excellent; les suites opératoires furent très favorables et quinze jours après le malade put être ramené chez lui.

OBSERVATION XVII

(due à l'obligeance de M. le docteur PATEL)

12 août 1913. Tumeur maligne de l'ovaire coïncidant avec une tumeur maligne du corps utérin.

Castration totale. Opération très longue. 100 grammes d'éther. Phénomènes habituels au niveau du poulx.

La malade a parfaitement guéri.

OBSERVATION XVIII

(service de M. le professeur POLLOSSON)

Néoplasme ovarien. — Ethérisation. — Mort.

9 août 1913. — Ablation d'une récidive d'un néoplasme ovarien chez une femme de 60 ans. Opération très compliquée. Etat de shock très prononcé.

100 grammes d'éther. Mort vingt-huit heures après.

OBSERVATION XIX

(service de M. le professeur POLLOSSON)

15 septembre 1913. — M^{me} X..., 53 ans. Laparotomie pour ascite cancéreuse (récidive d'un néoplasme ovarien opéré un an auparavant).

50 grammes d'éther. Fermeture du péritoine. Pas de phénomènes spéciaux. Mort quinze jours après, avec une hémiplégie.

OBSERVATION XX

(due à l'obligeance de M. le docteur PATEL)

29 septembre. — M^{me} X..., 56 ans, opérée, le 27 septembre, par la voie abdominale, pour un fibrome sphacélé. Deux jours après l'opération, septicémie péritonéale.

Le 29 septembre, réouverture de l'incision et mise dans l'abdomen de 50 grammes d'éther. La septicémie continuait son évolution. La malade est morte le soir.

Dans cette suite d'observations, nous relevons 9 cas de péritonites généralisées. 4 sont consécutives à des perforations intestinales (obs. I, II, III, IV), 3 à des appendicites avec appendice gangrené (obs. IV, V, VIII), 1 post abortive (obs. VII), 1 après rupture d'un pyosalpinx. Tous ces 9 cas nous ont présenté le tableau des péritonites généralisées et, malgré l'état désespéré de quelques-uns des malades, l'injection intra-péritonéale d'éther semble avoir eu les plus heureux résultats. Nous ne relevons que 2 cas de mort, dans les observations IV et V, relatives à des appendices perforés.

Même dans ces cas, l'éther paraît avoir eu une action sédative : chez une de nos malades, en effet (obs. V), la mort a eu lieu le lendemain de l'opération, mais elle fut précédée d'une amélioration sensible, le soir, qui suivit l'opération et qui se prolongea jusqu'au lendemain matin.

L'autre malade (obs. IV), eut une survie de cinq jours, pendant lesquels la péritonite semblait arrêtée. On ne saurait donc incriminer l'éther dans ces deux cas; la mort paraît due à la cause appendiculaire. D'ailleurs, les circonstances opératoires étaient défavorables, puisque le premier malade fut opéré deux jours et demi après la perforation, et le second trois jours et demi après. Nous présentons également 2 cas de pyosalpinx et 1 cas de pyonéphrose avec inondation péritonéale (obs. X, XI, XIV), 1 cas de pyosalpinx adhérent, avec pelvi-péritonite (obs. XII). Dans tous ces cas, le lavage à l'éther a amélioré très rapidement et très sensiblement l'état général et toujours la guérison s'en est suivie.

L'éther semble avoir joué un rôle antiseptique assez énergique. De même, dans l'obs. XIII, il s'agit d'un début de péritonite consécutive à la rupture d'un sac d'éventration, qui rétrocéda rapidement par le lavage à l'éther du péritoine au cours de la cure radicale.

Nous avons réuni 5 cas d'ablation de tumeurs abdominales; dans chacun d'eux, nous avons injecté des doses différentes d'éther (50 gr., 100 gr.) et aussitôt nous avons pu remarquer (obs. XV, XVI, XVII), l'action tonique de l'éther dans les cas de choc prononcé, après des interventions laborieuses.

Deux cas, cependant, ont été suivi de mort : l'un,

vingt-huit heures après l'opération (obs. XVIII), mais il s'agissait de l'ablation d'une récidue de néoplasme ovarien. L'intervention fut longue et compliquée, circonstance d'autant plus préjudiciable que la malade était âgée : 60 ans. L'autre, quinze jours après l'intervention (obs. XIX), mais, là encore, il s'agissait d'une récidue de néoplasme ovarien. D'ailleurs, chez chacune de ces deux malades, l'état général avait été sensiblement amélioré après l'injection d'éther.

De l'étude de ces différents cas, il ressort que l'action tonique et antiseptique de l'éther est des plus énergique. Mais il semble que cette action est très atténuée lorsque des produits toxiques ont été absorbés, en dose suffisante, pour provoquer la septicémie.

C'est ainsi que dans l'observation XX, pour une septicémie péritonéale survenue deux jours après l'ablation d'un fibrome sphacélé, on a songé à injecter, 150 grammes d'éther dans la cavité péritonéale. La mort survint le soir même de cette injection, mais l'on peut se demander, si le résultat n'aurait pas été plus heureux si l'on avait fait un lavage à l'éther lors de l'opération ?

Nous mentionnerons, en terminant, les cas rapportés par M. Mareille dans le journal *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, du 25 février 1913 :

3 cas de péritonite généralisée. Ether, large drainage, 2 guérisons, 1 mort.

17 malades de hernie étranglée. Chaque fois, lavage de l'anse à l'éther. Tous les malades, dont on a pu avoir des renseignements sont guéris.

6 malades atteintes d'inondation péritonéale par rupture de grossesse tubaire. Chaque fois, le péritoine du

petit bassin et les anses intestinales étaient touchés à l'aide de compresses largement imbibées d'éther. 6 guérisons.

1 cas de rupture de l'estomac par ulcère. Intervention à la vingt-septième heure. Péritonite généralisée avec quantité de liquide franchement purulent : fausses membranes sur l'intestin. Suture de la perforation; large lavage à l'éther. Drainage. Guérison.

Il résulte de cet ensemble d'observations : que le lavage de la cavité péritonéale à l'éther peut être fait sans danger. Si la malade ne guérit pas toujours, nous constatons, cependant, dans tous les cas, une amélioration très notable de l'état général, due à l'action puissante de l'éther comme désinfectant péritonéal et à son action tonique incontestable.

Chez la plupart de nos malades, nous avons vu l'anesthésie se prolonger plusieurs heures après l'intervention (quatre ou cinq heures), les douleurs post opératoires très atténuées, et, fait intéressant à noter, les vomissements sont relativement très peu fréquents, et si l'on a soin de ne pas refermer complètement l'abdomen, il n'y a pas, ou très peu, de météorisme, même après l'emploi de quantité assez grande d'éther ($\frac{1}{2}$ litre à 1 litre).

CONCLUSIONS

I. Les différents moyens utilisés jusqu'à présent dans le traitement des péritonites généralisées, n'ont pas donné toujours les résultats qu'on en attendait. Ce qui explique les tentatives nouvelles faites dans ce sens.

II. L'introduction d'éther dans la cavité péritonéale a été utilisée récemment dans un certain nombre de cas, dont quelques-uns paraissent assez probants.

III. En général, l'éther paraît très bien toléré par le péritoine, même à des doses très fortes ($\frac{1}{2}$ à 1 litre). Les phénomènes immédiats se font sentir du côté du poulx, qui se précipite, devient petit; du côté de l'intestin, qui se rétracte assez fortement. L'état général paraît influencé favorablement.

IV. Il semble que les doses employées doivent être moins fortes, quand on referme le ventre que lorsqu'on établit un drainage.

V. L'éther semble agir, d'une part, comme antiseptique puissant, d'autre part comme tonique général.

D'après les observations publiées, quelques-unes indiquent qu'on est en droit de continuer dans cette voie.

VU :

Le Président de la Thèse,

Aug. POLLOSSON.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 9 décembre 1913.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAUD. — Péritonites diffuses aiguës. *Thèse Lyon*, juillet 1911.
- AUVRAY. — *Bulletin et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 20 mais 1913.
- BROCA. — *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, Paris, 21 octobre 1913.
- HARTMANN. — XXIV^e Congrès de Chirurgie, Paris, 4 octobre 1911.
- MARCILLE. — *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 25 février 1913.
- MORESTIN. — *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 18 février, 20 mai, 21 octobre 1913.
- PATÈL. — *Lyon Chirurgical*, 1^{er} septembre 1913.
- SOULIGOUX. — *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 25 février 1913, 28 octobre 1913.
- TÉMOIN. — *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 20 mai 1913, 28 octobre 1913.
-

